



Note relative à la généralisation du tarif global en EHPAD – juillet 2023

Introduction :

A travers l'ouverture de discussions, dans le cadre de groupes de travail lancés en mai 2023, la DGCS manifeste un intérêt certain à la réouverture large, voire à la généralisation du tarif global aux Ehpads.

L'intérêt du tarif global, du point de vue de la santé publique est très largement plébiscité par les opérateurs qui en ont fait le choix, et les rapports les plus importants de ces dernières années ont pu objectiver les avantages du tarif global.

Ce choix est désormais questionné par de nombreux opérateurs dont les recettes n'ont pas évolué depuis 11 ans en raison du gel du tarif. Le taux d'Ehpads ayant fait le choix du tarif global n'a en conséquence strictement pas évolué depuis le rapport de l'Igas, en 2013, se maintenant à 35%.

C'est ce gel, en ce qu'il est venu rompre une forme de contrat de confiance entre les opérateurs et l'Etat, en ce qu'il a généré au sein de nos établissements des politiques malthusiennes de soins, qu'il nous faut désormais questionner.

• Les constats

1. L'évolution insuffisante de la valeur du tarif global

Quels fondements ont pu générer, en dépit des critiques fortes et récurrentes, des organisations et fédérations, ce maintien d'un tarif pendant aussi longtemps ? les opérateurs ne le savent et ne le comprennent toujours pas, au moment où est appelé unanimement un renfort de la « médicalisation » des Ehpad.

C'est peut-être l'ombre projetée et persistante d'un rapport de l'Igas, en 2011.

Au point qu'elle n'a peut-être pas permis de remettre toute la lumière nécessaire au rapport qui l'a pourtant suivi de peu : celui de 2013, dénommé « mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins ».

La faute originelle n'a pu être gommée. Celle, presque fantasmagique, d'un effet d'aubaine, ou pour reprendre l'expression de l'Igas, d'un « sur-calibrage » du tarif global.

Flotte encore aujourd'hui cette presque suspicion à laquelle il convient ici de tordre le cou.

Rappelons les termes précis de l'Igas, en 2013 :

* * *

- [12] Dans le cadre de la présente mission, les services de la CNAMTS, avec la contribution de la CNSA, ont calculé le coût quasi-complet des soins dispensés aux résidents en EHPAD sur l'année 2012, incluant les soins de ville remboursés aux résidents, les dotations de soins (reconductibles) allouées aux établissements et les hospitalisations en court séjour – excluant donc les soins de suite et de réadaptation (SSR), la psychiatrie et le long séjour², lesquels représentent environ 10 % des hospitalisations des personnes hébergées en EHPAD mais sur des durées plus longues.
- [13] Ce travail statistique complexe, qui a porté sur 452 621 résidents (soit 85 % du total) et a nécessité l'appariement de plusieurs bases, est novateur en ce qu'il propose une vision consolidée des dépenses, au-delà des frontières entre prestataires de soins ou sous-enveloppes de l'ONDAM. Ce travail reste toutefois imparfait (au regard de difficultés d'appariement statistiques, de problèmes de recrutement et d'encadrement de la personne chargée de l'étude au sein de la CNAMTS et de quelques compromis méthodologiques retenus par celle-ci) et incomplet (des compléments d'analyse et variantes de calcul prévus à l'origine de la mission n'ont pu être fournis par les services de la CNAMTS).
- [14] En s'appuyant sur l'expérience ainsi acquise, l'analyse de cette dépense doit se poursuivre et s'affiner, par le travail conjoint de la CNAMTS, de la CNSA, des ARS et des administrations centrales de l'Etat. En particulier, devront faire l'objet d'analyses approfondies : les circonstances et taux de recours à l'hospitalisation – non seulement en court séjour mais aussi en SSR, en psychiatrie et en USLD –, la variabilité des dépenses entre établissements, la comparaison entre dépenses remboursables et dépenses remboursées, l'effet éventuel de la taille ou du rattachement hospitalier.
- [15] Lors de la dernière réunion du groupe de travail le 25 septembre 2013, les services de la CNAMTS ont annoncé leur intention de renouveler leurs calculs de coûts complets avec, par phases successives, plusieurs améliorations méthodologiques telles que l'imputation des consommations de soins de ville au jour le jour (et non plus mensuelles), la saisie directe (et non plus par extrapolation) des dépenses des régimes autres que le régime général, enfin, l'intégration des séjours en SSR (sur la base du PMSI déployé dans ce secteur et de valorisations forfaitaires).
- [16] L'IGAS se félicite que la CNAMTS poursuive son investissement dans ce domaine mais souligne qu'un surcroît de transparence est nécessaire sur les méthodes et outils employés ; ce sujet pourrait figurer dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS. L'IGAS ne peut cependant que regretter la poursuite par les services de la caisse nationale d'un calendrier de travail et de communication sur ce sujet indépendants du calendrier et de la dynamique de la mission. On insistera sur le fait que les analyses et conclusions présentées dans ce rapport se fondent sur les données transmises par la CNAMTS dans les délais qui étaient impartis à la mission.

* * *

² Sur ces trois segments de l'hospitalisation, les modes de financement en vigueur ne permettant pas la valorisation individuelle des séjours. L'intégration ultérieure des SSR est néanmoins envisagée sur la base du PMSI et d'une valorisation au tarif journalier de prestation (TJP).

- [17] D'ores et déjà, et malgré les imperfections de calculs, ces premiers résultats permettent de progresser dans la connaissance médico-économique du secteur des EHPAD et éclairent la comparaison des différentes options tarifaires.
- [18] Il ressort que le coût quasi-complet, pour l'Assurance maladie, des soins dispensés dans le cadre du tarif global reste en 2012 plus élevé que dans le cadre du tarif partiel, avec, pour ce qui concerne les EHPAD tarifés au GMPS, **un écart de 5 % à 8 %** (selon l'incidence de la PUI), soit 1600 € à 1800 € par personne et par an.
- [19] Et ce, malgré de moindres dépenses associées au tarif global (avec des profils de résidents pourtant plus sévères) dans le champ des soins de ville laissés en dehors du forfait (médicaments, dispositifs médicaux, transports) et dans le champ des hospitalisations de court séjour, moindres dépenses de l'ordre de 20 % à 30 % selon les postes. **Le tarif global a ainsi allégé les dépenses imputées sur les sous-objectifs « soins de ville » et « hôpital » de l'ONDAM d'environ 268 M€ et 67 M€ respectivement en 2012**, ce qui constitue un transfert implicite de charges vers l'enveloppe médico-sociale (à hauteur de 4,2 % de l'ONDAM médico-social Personnes Agées).
- [20] Ces moindres dépenses ne compensent toutefois pas le surcroît de dotation alloué aux EHPAD dans le cadre du tarif global. Il en résulte, **au niveau macroéconomique, un surcoût pour l'Assurance maladie de 174 M€ en 2012**. La prééminence de la dotation de soins dans le coût quasi-complet de soins calculé (dont elle représente entre 69 % dans le cas du tarif partiel sans PUI et 90 % dans le cas du tarif global avec PUI) explique le poids de ce paramètre dans la hiérarchie des coûts finaux. Toujours est-il que ce montant est **du même ordre de grandeur que la sous-consommation de l'OGD « Personnes âgées »** constatée cette même année (189 M€) et de celle escomptée pour 2013 (entre 130 et 150 M€).
- [21] **Cet écart de coût quasi-complet doit être considéré comme modeste**, eu égard aux artefacts statistiques qui pourraient l'avoir majoré (comme les modalités d'imputation des soins de ville au prorata temporis), aux économies qui pourraient être dégagées d'une modération du recours aux hospitalisations ou d'une gestion du risque réduisant la variabilité des remboursements de soins ambulatoires dans les EHPAD en tarif partiel. En effet, selon des travaux de gestion du risque réalisés par les CPAM d'Ile de France, les remboursements moyens en pharmacie vont du simple au triple selon les établissements, ils sont dans un rapport de 1 à 6 pour les transports sanitaires et dans un rapport de 1 à 8 pour les actes de masseurs-kinésithérapeutes (en excluant les valeurs extrêmes), ce qui reflète les limites de la gestion du risque dans le secteur jusqu'à présent. Le fait que 62 % de la dépense quasi-complète de soins s'adresse aujourd'hui à des résidents en EHPAD sous tarif partiel souligne les enjeux qui s'attachent au renforcement de la gestion du risque dans ce secteur.
- [22] **Le surcoût observé pour le tarif global est en outre un surcoût historique**, faiblement prédictif de celui qui sera constaté dans quelques années et de celui qui serait observé sur des établissements optant à l'avenir pour le tarif global. Il reflète en effet les pratiques de tarification des ARS dans les années 2006-2010, dans le contexte d'une forte progression des ressources du secteur. Il est mécaniquement gonflé par la situation de nombreux établissements au-dessus des plafonds tarifaires, dont les dotations sont progressivement écartées (30 % des EHPAD en tarif global se trouvaient fin 2012 en convergence tarifaire contre 9 % seulement des établissements en tarif partiel), et, dans une moindre mesure, par le développement des unités Alzheimer, souvent associées aux modalités de résorption de la convergence.
- [23] **En termes dynamiques**, le surcoût identifié, resserré par rapport aux travaux de l'IGAS de 2011, est appelé à se réduire spontanément sous l'effet des stratégies des établissements utilisant progressivement leurs marges d'organisation, de la maîtrise de l'enveloppe médico-sociale et de la dynamique des remboursements de soins de ville (en progression de 2,3 % par an depuis 2010).

L'Igas, en 2013, considère que l'écart doit être regardé comme modeste, et ne prend pas en compte la gestion des risques, dont la culture pourrait être plus diffusée dans les établissements.

L'Igas rappelle aussi que les données transmises par la CNAMTS ne sont pas toujours d'une transparence totale et doivent gagner en rigueur.

Si ce surcoût est modeste, en 2013, il peut alors sans aucun doute possible être qualifié de « sous-coût » en 2022, après 11 ans de gel du tarif.

Rappelons, sur les 12 dernières années, de 2011 à 2022, l'évolution des tarifs partiels soins :

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	variation 2011/2013	variation 2013/2022	
10.1	10.18	10.32	10.43	10.5	10.58	10.69	10.77	10.87	10.99	11.11	11.23	11.19	10.31	tarif partiel avec PUI
9.55	9.62	9.75	9.85	9.92	10.1	10.1	10.17	10.26	10.37	10.48	10.59	10.89	10.08	tarif partiel sans PUI

Le tarif global n'a en revanche pas évolué, restant fixé de 2011 à 2022 (avant modification pour prise en compte de l'inflation particulière), à 13.10€ avec PUI et à 12.44€ sans PUI.

Les deux années 2011 et 2013 correspondent à la sortie des deux rapports de l'Igas. A partir de 2013, l'Igas considère d'une part qu'il faut rouvrir l'accès au tarif global et qu'il n'y a plus, d'autre part, à proprement parler de sur-calibrage.

Si le tarif global avait, depuis cette année 2013, augmenté de manière identique au tarif partiel, le forfait soins des Ehpad serait majoré de plus de 10% en 2022 par rapport à 2013.

Autrement dit, les Ehpad en tarif global ont perdu un « pouvoir d'achat » d'autant sur la période.

Pour un Ehpad de 100 lits, aux GMP et PMP moyens (760 et 230), cela représente un manque de 157 000€ environ, soit plus de 3.5 ETP d'aides-soignants.

Gmp	760
Pmp	230
Nombre de lits	100
Forfait soins réel 2022	1 522 451.10 €
Écart forfait cible 2022	157 030.8 €

Et pourtant, dans le même temps, la constance rejoignant avec une facilité déconcertante l'incohérence, tous s'accordent à reconnaître le caractère vertueux du tarif global.

Rappelons ici le phénomène aggravant suivant : les établissements en tarif global sont très majoritairement publics.

Ce sont aussi ces établissements qui « bénéficient » de taux de charges sociales les plus importants, qui paient la taxe sur les salaires, qui sont leur propre assureur pour les absences de leur personnel, et qui, enfin, n'ont désormais plus accès à l'assujettissement à la TVA. Autant dire que ces établissements publics ET en tarif global subissent un handicap économique majeur voire inacceptable.

2. Le tarif global : une organisation vertueuse, à développer

Nul besoin de chercher à davantage documenter cette question.

L'Igas, en 2013, comme la Cour des Comptes beaucoup plus récemment l'ont parfaitement fait.

* * *

[27] En termes qualitatifs, l'intérêt du tarif global de soins est confirmé du point de vue de l'évolution des pratiques qu'il peut stimuler :

- vigilance accrue des gestionnaires quant au volume des soins, quant aux cotations et aux dépenses finales, avec une recherche de dialogue et, si nécessaire, des contrôles et demandes d'explications ;
- attention renforcée à la traçabilité des soins, que l'informatisation du dossier du résident (avec, dans certains cas, un accès à distance pour les médecins traitants ainsi qu'un échange automatisé avec la pharmacie d'officine de référence) et la coopération resserrée avec un petit nombre de médecins traitants favorisent aussi grandement ;
- resserrement de la prise en charge autour d'un plus petit nombre de médecins traitants, parfois salariés même si ce choix reste minoritaire ; en pratique, la sécurité apportée par un suivi régulier de la part de médecins mieux coordonnés avec l'équipe soignante est souvent un avantage apprécié des familles ; le partage de protocoles et bonnes pratiques gériatriques en est aussi facilité ;
- élévation du ratio d'effectifs soignants qui autorise des plages de présence le soir voire des astreintes de nuit propices à la prévention des hospitalisations, et qui facilite le développement de prises en charge non médicamenteuses, en particulier face aux troubles cognitifs et aux troubles du comportement dont la prévalence est devenue forte en EHPAD ;
- recherche de prises en charge paramédicales plus pertinentes sur certains soins d'entretien, en matière de motricité et d'orthophonie notamment, qu'il s'agisse des professionnels mobilisés, de la conception des séances ou de leur rémunération.

[28] Ainsi, lorsqu'il s'inscrit dans une politique de l'établissement, le tarif global renforce la réflexion des équipes composées du directeur, du médecin coordonnateur, du cadre de santé – et du pharmacien quand il existe – autour du « juste soin ».

[29] Le tarif global n'est pas pour autant facteur exclusif d'efficacité et de qualité. D'autres éléments entrent en jeu comme la présence d'un médecin coordonnateur impliqué et légitime, fort d'une qualification en gériatrie ; l'implication du cadre de santé, pleinement partie prenante de l'équipe de direction ; une démographie médicale localement modérée ; l'utilisation à bon escient du contrat de coordination avec les professionnels libéraux ; l'informatisation du dossier du résident ; le partenariat avec un établissement de santé (interventions hors les murs en psychiatrie par exemple, accès organisé à certains soins techniques complexes).

[30] L'effet des groupes d'EHPAD peut aussi se traduire, quelles que soient les options tarifaires, par un renforcement sensible des capacités d'organisation des soins dans les établissements qui les composent (liste préférentielle de médicaments, appui de la direction médicale du groupe aux médecins coordonnateurs, mise à disposition des auxiliaires médicaux de fiches de suivi et d'évaluation mensuelle des résidents, etc.).

[31] Si l'on se réfère aux principaux modes de financement des soins, le tarif global s'analyse non comme une réédition de l'ex-dotation globale hospitalière mais plutôt comme une forme de capitation « ajustée au risque » (c'est-à-dire à la population prise en charge), le référentiel PATHOS fournissant l'évaluation de ce risque (à travers la notion de « soins requis »). Cette forme de rémunération, peu développée dans le système de santé en France, l'est davantage dans de nombreux autres pays. Cela confère une grande importance à la qualité du référentiel PATHOS - dont la rénovation est en cours et appelle un réel investissement - et à l'évaluation des prestations dispensées par les établissements ; sur ce point des progrès substantiels restent à faire.

[32] Eu égard à « l'alourdissement » du profil des résidents accueillis, en termes de dépendance (55 % des résidents sont classés en GIR 1 ou 2) et d'états pathologiques (prédominance des polyopathologies, 1 résident sur 7 requérant une surveillance médicale rapprochée) et à la place croissante des pathologies démentielles (qui affecte la moitié de cette population), les EHPAD, sans méconnaître leur ambition de vie sociale, s'apparenteront de plus en plus à des centres de soins primaires pour personnes âgées dépendantes approchant de leur fin de vie – même si cela suscite des interrogations quant aux limites des ressources humaines de ces établissements. Cette évolution confère de plus en plus d'importance à la politique de soins de l'établissement dans un environnement sanitaire donné (combinaison de professionnels attachés à l'établissement et de professionnels libéraux, articulation avec les ressources gériatriques hospitalières et avec les équipes mobiles, dynamiques pluridisciplinaires, degré de mutualisation avec d'autres structures). Les modalités de financement des soins en EHPAD doivent accompagner et favoriser la définition de combinaisons localement optimales. Elles doivent ouvrir des choix pour ce faire. Le tarif global fait partie de ces options : il suit la logique, soutenue par la Stratégie nationale de santé et par le Conseil d'analyse économique, d'une organisation plus collective des soins primaires avec la rémunération d'équipes et le développement des coopérations entre professionnels médicaux et paramédicaux.

[33] En conséquence, en tenant compte des nombreux échanges au sein du groupe de travail et avec les interlocuteurs rencontrés, l'IGAS préconise **la réouverture de l'option du tarif global de soins**.

C'est d'ailleurs à la faveur de cette analyse fine que l'IGAS conclut en 2013 par une préconisation de la réouverture de l'option du tarif global. Préconisation très largement insuffisamment mise en œuvre.

**En 2022, la cour des comptes publie un rapport essentiel pour le secteur personnes âgées : Rapport de la cour des comptes, février 2022 : « LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD
Un nouveau modèle à construire »**

B - Inciter à la prévention en intégrant davantage les dépenses de soins

1 - L'intérêt du financement au tarif global

Les prestations couvertes par le forfait global de soins varient en fonction de l'option tarifaire¹⁵⁷ de l'Ehpad. Lorsqu'un Ehpad opte pour le tarif global, le forfait global de soins couvre, en sus des charges couvertes par le tarif partiel, les rémunérations versées aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que certains examens de biologie et de radiologie. L'option PUI permet de prendre en charge l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté.

Selon la CNSA¹⁵⁸, 28 % des Ehpad sont au tarif global (dont 17 % avec PUI). Ce sont très majoritairement des Ehpad publics rattachés à un établissement de santé. À la suite de deux rapports¹⁵⁹ de l'Igas, les circulaires budgétaires ont rouvert de façon limitée, à partir de 2014, la possibilité pour les ARS de financer les demandes d'option vers le tarif global. Une enveloppe de 10 M€ annuels a été attribuée aux ARS de 2014 à 2018, cette enveloppe ayant doublé à partir de 2018. Cette réouverture donne lieu à des transferts entre le sous-objectif ville vers le sous-objectif médico-social de l'Ondam.

Malgré une valeur du point sans augmentation depuis plusieurs années (12,44 € depuis 2011 pour le tarif global sans PUI), les ARS enregistrent un nombre important de demandes de changement d'option tarifaire qu'elles doivent prioriser selon des critères définis dans les circulaires budgétaires (existence d'une PUI, harmonisation des tarifs en lien avec un projet de fusion ou de mutualisation des charges). Toutefois, en 2021, la DGCS indique que l'enveloppe de 100 M€ n'a pas été consommée dans sa totalité, du fait sans doute de la crise sanitaire mais aussi des critères d'ouverture restrictifs pour ce passage au tarif global, qu'elle envisage d'affiner.

Pour plusieurs Ehpad contrôlés, comme l'Ehpad les Aurélias à Pollionnay (Rhône), le recours au tarif global permet une meilleure prise en charge médicale des résidents en salariant et en intégrant des professionnels, qui auparavant n'intervenaient en tant que libéraux que de manière très ponctuelle et parcellaire. La présence régulière d'un médecin salarié dans l'établissement permet d'organiser des astreintes, une meilleure adaptation des prises en charge médicales et une plus grande réactivité en cas d'évolution des besoins de soins. Elle est vecteur d'une meilleure traçabilité des soins et des prescriptions par l'utilisation systématique et maîtrisée du logiciel de soins. Elle favorise aussi les coopérations entre les professionnels de

¹⁵⁷ Le tarif peut être « global » ou « partiel ». Il peut varier selon la présence ou non d'une PUI.

¹⁵⁸ CNSA, *La situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018*, mai 2020. Données Hapi au 30 décembre 2018

¹⁵⁹ Igas, rapports n° RM2011-113P, *Financement des soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale*, octobre 2011 et n° RM2013-121P, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)- mission complémentaire d'évaluation de l'option tarifaire globale*, octobre 2013.

santé le médecin salarié étant leur interlocuteur habituel, notamment pour les admissions et les retours d'hospitalisation.

L'effet bénéfique du tarif global peut notamment être approché par les indicateurs de Resid-Ehpad relatifs aux médicaments. L'analyse de l'indicateur « plus de dix lignes de médicaments par prescription », révélateur d'un risque d'iatrogénie médicamenteuse, est ressorti inférieur ou égal à la moyenne nationale de 2018 (7,6 %) pour six Ehpad au tarif global sans PUI sur sept contrôlés pour lesquels les données ont été communiquées par la Cnam.

Le recours au tarif global permet aussi une réduction des dépenses liées aux kinésithérapeutes. Une étude réalisée par l'ARS Ile-de-France¹⁶⁰ tend à identifier une économie moyenne de 400 € à 500 € par an et par résident pour une prise en charge mieux contrôlée par l'Ehpad du fait de l'internalisation de la dépense. L'Ehpad de la Fondation du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie) indique maîtriser le budget consacré aux interventions des kinésithérapeutes, identifié comme une part importante des dépenses de soins (195 000 € en 2019), en recrutant deux kinésithérapeutes salariés. Cette organisation permet, sur prescription du médecin, que le pôle de prévention et de rééducation de l'Ehpad fixe la nature et le nombre d'actes nécessaires pour chaque résident et réalise désormais systématiquement la prise en charge des nouveaux entrants.

Enfin, l'efficacité du tarif global est à rechercher par son effet sur le taux de recours aux urgences. La CNSA¹⁶¹, à partir de données de la Cnam de 2017, relève que les taux d'hospitalisation du tarif global avec ou sans PUI sont toujours inférieurs au tarif partiel.

Tableau n° 5 : estimation du déterminant « option tarifaire » sur les taux d'hospitalisation

<i>Option tarifaire</i>	Moyenne
<i>TG avec PUI</i>	0,91 %
<i>TG sans PUI</i>	1,06 %
<i>TP avec PUI</i>	1,14 %
<i>TP sans PUI</i>	1,24 %

Source : CNSA, *la situation des Ehpad en 2017*

Pour les Ehpad au tarif global, sur 19 établissements contrôlés pour lesquels les données 2018 de Resid-Ehpad ont été communiquées par la Cnam, 14 ont un taux de recours aux urgences sans hospitalisation inférieur à la moyenne nationale (13,5 %).

Selon les données de la Cnam¹⁶², le coût moyen mensuel par résident des dépenses de soins (hospitalisations et soins de ville) pris en charge par l'assurance maladie hors forfait de soins s'élève en moyenne entre 2014 et 2018 à 414 € pour les Ehpad en tarif partiel sans PUI et

¹⁶⁰ Expérimentation mentionnée dans une note DGCS, DSS, CNSA du 2 juillet 2019 à la ministre des solidarités et de la santé relative aux travaux grand âge et autonomie : propositions de mesures relatives à la tarification des Ehpad.

¹⁶¹ CNSA, *La situation économique et financière des Ehpad en 2017*, avril 2019.

¹⁶² Données figurant au tableau n° 11 en annexe 4 de ce rapport.

à 289 € pour les Ehpad en tarif global sans PUI, soit un écart de 125 € par mois (1 500 € par an). L'enjeu financier du passage en tarif global de 366 099 places d'Ehpad en tarif partiel¹⁶³ se monterait à 951 M€¹⁶⁴. Compte tenu de l'écart moyen sur les consommations de soins (1 500 € par an et par résident) il peut être attendu une économie sur les dépenses d'assurance maladie de l'ordre de 550 M€. Le coût net estimé à 401 M€ est vraisemblablement surévalué en raison des niveaux moyens de dépendance plus élevés que la moyenne dans les Ehpad financés actuellement au tarif global, ce qui est susceptible de générer une consommation de soins plus élevée toutes choses égales par ailleurs. Par ailleurs, tous les Ehpad ne choisiront pas cette option.

Au regard de la qualité apportée par le recours au tarif global pour les soins, cette analyse succincte du coût de l'ouverture du tarif global aux Ehpad est à approfondir à partir des données dont dispose la Cnam pour permettre d'accroître l'ouverture de l'option tarif global aux Ehpad.

Il faut ajouter à ces constats convergents que le contexte actuel d'une démographie médicale peu favorable appelle d'autant plus au développement du tarif global ; celui-ci permet aux établissements de parvenir à recruter des médecins à temps partiel ou complet là où, dans beaucoup d'Ehpad en tarif partiel, les médecins libéraux semblent se désengager massivement.

Le tarif global permet également de concourir à une maîtrise plus forte des dépenses d'assurance maladie, incluant la négociation (effet volume et prix) possible notamment pour les interventions d'auxiliaires médicaux, dont notamment les kinésithérapeutes.

Enfin, en laissant plus de marge de manœuvre dans les choix d'utilisation d'une enveloppe budgétaire plus importante, nous pouvons considérer que la section soin a permis de financer de manière plus générale la qualité et la prévention, dans une vision moins ternaire que ne l'appelait l'organisation comptable des Ehpad, préfigurant ainsi une fongibilité des sections à venir.

Au fond, le tarif peut s'apparenter à une enveloppe d'assurance maladie citoyenne et vertueuse, tant économiquement que qualitativement.

Tarif global et impact sur les hospitalisations :

Extrait du rapport Guérin/Jeandel (USLD et Ehpad, juin 2021) :

La meilleure maîtrise des ressources en EHPAD associée à l'option « globale » et la présence d'une pharmacie à usage interne (PUI) diminuent le nombre d'hospitalisations : le taux d'hospitalisation se situe à 0,91 % (en tarif global avec PUI), contre 1,24% (en tarif partiel sans PUI).

L'étude réalisée pour ce rapport et présentée en annexe A, confirme cette donnée sur un échantillon de 5743 EHPAD. Si le taux d'hospitalisation ne diffère pas selon l'appartenance à l'une des 4 classes d'EHPAD, il est significativement plus faible pour les options tarifaires globales avec ou sans PUI.

Taux d'hospitalisation par classe et par option tarifaire (source CNAMTS)

Catégorie	Option tarifaire	Numéro Classe							
		Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4	
		Nb EHPAD	Taux hospitalisation	Nb EHPAD	Taux hospitalisation	Nb EHPAD	Taux hospitalisation	Nb EHPAD	Taux hospitalisation
EHPAD	TG avec PUI	300	1.11%	286	1.25%	84	1.09%	76	1.07%
EHPAD	TG sans PUI	214	1.50%	309	1.17%	133	1.28%	97	1.16%
EHPAD	TP avec PUI	36	1.56%	38	1.16%	24	1.38%	14	1.46%
EHPAD	TP sans PUI	1 073	1.37%	1 378	1.36%	912	1.38%	436	1.38%
EHPAD	Total	1 623	1.33%	2 011	1.31%	1 153	1.34%	623	1.30%

(*) Taux d'hospitalisation = somme (journées d'hospitalisation) / somme (journées EHPAD) par classe – source CNAMTS

En effet, ce double dispositif favorise la contraction du nombre d'intervenants libéraux ; l'accroissement du nombre de soignants salariés ; une meilleure traçabilité des soins et une réduction du risque de iatrogénie médicamenteuse.

La généralisation du tarif global est donc sans conteste un levier pour parvenir à une meilleure prise en soin médico-soignante au sein des EHPAD, qui disposent ainsi des crédits assurance maladie leur permettant de gérer eux-mêmes les professionnels médicaux et paramédicaux tout en régulant les dépenses du système de santé.

Le déploiement de la fonction de « médecins traitants salariés » ne sera possible qu'en ouvrant très largement aux EHPAD la possibilité de passer au tarif global. Cela répond également à une question d'attractivité médicale permettant de proposer des postes médicaux à temps plein assurant la double fonction de médecins coordonnateur - médecin traitant.

Le tarif global est plus vertueux du point de vue de la maîtrise des dépenses, l'EHPAD devenant gestionnaire du « risque » pour le compte de l'Assurance Maladie, mais également du point de vue de l'évolution des pratiques (traçabilité des soins, vigilance accrue sur le volume et la cotation des soins, recherche de dialogue, resserrement de la prise en charge autour d'un plus petit nombre de médecins traitants, recherches de prises en charge paramédicales plus pertinentes...). Par ailleurs, le TG favorise la coopération entre les professionnels de santé.

Le tarif global a un impact positif sur la rationalisation et l'optimisation de la gestion des dépenses. L'option globale permet d'augmenter la dotation globale de l'EHPAD et devrait permettre des économies substantielles sur des postes de dépenses extérieurs à son périmètre. Par ailleurs, le passage au tarif global ne génère pas de surcoûts pour l'assurance maladie si l'on intègre l'économie des coûts induite par la réduction des hospitalisations.

La généralisation du tarif global est par conséquent une première réponse relativement simple à actionner puisque le dispositif existe et qu'il a largement fait ses preuves.

A titre d'exemple, pour les établissements du GCSMS « Les Ehpads publics du Val-de-Marne, tous en tarif global, et représentant 1150 lits, le taux d'hospitalisation global est le suivant : 1.00%.

De manière assez intéressante, parmi ces établissements, les deux plus importants, ayant eu la possibilité de garantir du temps IDE de nuit ainsi qu'une astreinte médicale de nuit parviennent à un taux autour de 0.80%, très inférieur donc aux taux moyens constatés dans le rapport Guérin/Jeandel.

Enfin la crise Covid est venue renforcer cette conviction de qualité et de sécurité des soins.

Les établissements publics et notamment les établissements Ehpad hospitaliers, ces deux catégories représentant la grande majorité des établissements en tarif global, ont été moins touchés par des épisodes sévères ou critiques pendant la crise « Covid ».

Établissements atteints par la Covid-19 lors de la première vague, en fonction de leurs caractéristiques

Variable	Nombre d'établissements	Établissements touchés*		Établissements qui ont connu un épisode sévère		Établissements qui ont connu un épisode critique	
		Proportion	Effet marginal	Proportion	Effet marginal	Proportion	Effet marginal
Privé commercial	1 820	48,5	ref.	17,6	ref.	13	ref.
Privé non lucratif	2 350	49,2	2	17,6	2,1 (***)	11,5	0
Public hospitalier	1 185	44,2	-7,2 (***)	15,9	-0,5	9,2	-1,8
Public non hospitalier	2 162	43,2	0,4	11,8	1,2	7,6	0,1

Pour autant, aussi vertueux et éthique que puisse être le tarif global, il a été détourné de son objet en raison du gel de la valeur du point.

Les Ehpad en tarif global ont dû progressivement augmenter le rationnement de leurs soins maîtrisables, notamment de kiné.

Ainsi, les témoignages très nombreux de pratiques de quotas de séances de kiné, non corrélées aux soins requis, en sont l'illustration pratique.

Autrement dit, la non revalorisation du tarif global, nous a fait basculer d'une tarification vertueuse et responsable à une tarification malthusienne et potentiellement non qualitative.

3. PUI : un accès à faciliter et à mieux rémunérer

Force est de constater que le coût des médicaments et des charges d'une PUI (personnel, matériel, amortissements...) commence à dépasser significativement le forfait alloué, manifestement sous-calibré.

A titre d'exemple, la situation des établissements du GCSMS « Les Ehpad publics du Val-de-Marne » est illustrative :

Comparaison entre les dotations théoriques de soins et des coûts 2022 pour les 2 PUI du GCSMS									
	Lits	GMP	PMP	Dotation soins sans PUI	Dotation soins avec PUI	Dotation théorique PUI	Coût PUI 2022	Ecart dotation théorique / coût 2022	Coût annuel au lit
1	486	765	316	9 719 439.74 €	10 235 039.47 €	515 599.73 €	667 911.42 €	-152 311.69 €	1 374.30 €
2	361	762	312	7 158 669.85 €	7 538 425.10 €	379 755.25 €	940 871.13 €	-281 151.95 €	1 436.44 €
3	138	782	249	2 487 018.52 €	2 618 950.61 €	131 932.10 €			
4	72	807	270	1 369 768.97 €	1 442 432.88 €	72 663.91 €			
5	84	759	224	1 420 741.63 €	1 496 109.55 €	75 367.92 €			
Total (hors 1)	655	778	264	12 436 198.97 €	13 095 918.15 €	659 719.19 €			
Total tous établissements	1 141	775	274	22 155 638.70 €	23 330 957.62 €	1 175 318.92 €	1 608 782.55 €	-433 463.63 €	1 409.98 €

Avant 2024, date à laquelle les deux PUI couvrant les 5 établissements fusionneront, il coexiste deux PUI : l'une pour l'établissement 1, l'autre pour les 4 autres établissements.

Les coûts annuels de la PUI de l'Ehpad 1 dépassent de 152 311€ la dotation acquise par le tarif global avec PUI. Il faut de plus noter que les transports ne sont pour cet établissement pas valorisés. Ce qui viendrait alourdir le déficit.

Les coûts annuels de la PUI des 4 autres établissements dépassent de 281 151€ la dotation acquise par le tarif global avec PUI.

Autrement dit, le tarif dédié à la PUI ne permet aucunement de couvrir la dépense. Le déficit généré se répercute automatiquement sur l'Ehpad qui se voit grever de ressources à due concurrence.

Il apparaît on ne peut plus clairement que le choix d'une PUI, motivé par un enjeu de qualité dans l'accompagnement médical des résidents, est contreproductif du strict point de vue économique.

Cette problématique s'est accrue du fait de la non revalorisation du tarif pendant 11 ans.

Il est par conséquent indispensable de recalibrer rapidement le tarif lié à la PUI.

A cela s'ajoute une procédure de remboursement des **molécules onéreuses** qui n'est absolument pas stabilisée et variable selon les ARS. Dans le meilleur des cas, c'est un remboursement, par le biais de Crédits non Reconductibles, pour toute ou partie, a posteriori.

Cela produit les effets non désirés suivants : les établissements vérifient la « lourdeur » économique des traitements avant l'admission en Ehpad et en font parfois, un critère d'admission. La encore, le cadre tarifaire produit des effets non éthiques.

• Les propositions

1. Une revalorisation et une indexation du tarif global

La Cndepah demande à ce que le tarif global fasse l'objet d'un rattrapage à hauteur de la moitié de la non revalorisation cumulée depuis 2013, soit un rebasage à hauteur de 5%, dès 2023 ou au plus tard en 2024. L'effort exclusivement reporté sur les établissements en tarif global serait alors partagé.

Le tarif global est une forme de transfert de responsabilité organisationnelle et financière : en confiant une enveloppe « ville », par un transfert vers l'enveloppe médico-sociale, à un établissement, l'Etat attend du gestionnaire de cette enveloppe une efficacité certaine. Si le transfert ne s'accompagne pas d'une revalorisation, ce qui a été le cas pendant 11 ans, l'Etat a de fait confié aux opérateurs en tarif global une responsabilité excessive et non conforme au « contrat » de départ.

Le terme de « marché de dupe » a, à bon escient, pu être utilisé.

En rebasant le tarif global, c'est un signal favorable que les pouvoirs publics donneraient aux opérateurs, dans un rapport gagnant/gagnant.

Au fond, ce sont les bonnes pratiques professionnelles et les référentiels qui les encadrent qui doivent guider le management de l'opérateur, et non exclusivement la gestion d'une enveloppe dont le pouvoir d'achat diminue.

Ce rebasage acquis, les opérateurs doivent par ailleurs bénéficier d'une garantie d'indexation de la valeur du tarif permettant le maintien de ce « pouvoir d'achat ».

2. Un rebasage et une indexation de la part « PUI » :

La part du tarif dédiée à la PUI est, du constat de tous les opérateurs, désincitative économiquement.

Ce déséquilibre concourt à la dégradation des indicateurs économiques des Ehpad porteurs de PUI, notamment hospitaliers.

La Cndepah demande à ce qu'une enquête/étude de coûts soit menée pour objectiver les déséquilibres et permettre de recalibrer « honnêtement » la part du tarif dédiée à la PUI.

La Cndepah demande également à ce que l'exploitation d'une PUI permette également de réaliser les investissements nécessaires de modernisation (locaux, robotisation...)

La Cndepah demande, une fois ce rebasage acquis, à ce que les opérateurs bénéficient d'une garantie d'indexation de la valeur du tarif permettant le maintien de ce « pouvoir d'achat ».

Enfin, **concernant les molécules onéreuses** : la Cndepah demande à ce qu'un circuit clair et transparent soit validé nationalement et décliné régionalement par ARS afin de garantir aux Ehpad le remboursement à l'euro des dépenses de médicaments engagées.

3. Droit d'option à généraliser, sans lien avec une validation financière nationale ou régionale.

Dans ces conditions, la Cndepah appelle à ce que le droit d'option vers le tarif global soit ouvert à tous les établissements, sans que pour autant la généralisation obligatoire ne soit imposée.

La demande de passage en tarif global doit pouvoir se faire chaque année, sur un calendrier connu de tous, **et ne doit pas être liée à un avis conforme de l'ARS.**

Toute facilité doit être donnée à chaque l'opérateur expertisant le choix de passer en TG d'obtenir rapidement et de manière fiable les chiffres de l'assurance maladie relatifs aux dépenses de ville qui feront l'objet d'une intégration dans le forfait soins.

4. Une objectivation chiffrée fiabilisée attendue de l'assurance maladie

Conformément à ce que l'Igas avait souligné il y a désormais 10 ans, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur un système d'information fiable et transparent de l'assurance maladie.

Ce qui ne semble, sous réserve d'une démonstration du contraire, pas le cas à ce jour.

5. Point de vigilance :

La détermination du forfait soins pour les établissements repose sur deux grilles dont une bénéficiant d'une pondération supérieure : la grille Pathos.

La Cndepah rappelle que les travaux en cours depuis de nombreuses années ne doivent en aucun cas venir perturber à la baisse les coupes des établissements.

Autrement dit, la grille doit rester un outil construit scientifiquement et ne doit pas être détournée de son objet.